

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933 - 1934. — N° 5

Contribution à l'étude
de la valeur
du
Drainage médical des voies biliaires

(Méthode de Meltzer-Lyon)

comme moyen de diagnostic et de préparation à l'intervention
dans les ictères chirurgicaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 13 Novembre 1933

PAR

Edmond-Jean-Louis Olivier BONNEFOND

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né au BUGUE (Dordogne), le 5 octobre 1908.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. CARLES, professeur.....	Président.
		DUBREUIL, professeur.....	Juges.
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		AUBERTIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933 - 1934. — N° 5

Contribution à l'étude
de la valeur

du

Drainage médical des voies biliaires

(Méthode de Meltzer-Lyon)

comme moyen de diagnostic et de préparation à l'intervention
dans les ictères chirurgicaux



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 13 Novembre 1933

PAR

Edmond-Jean-Louis Olivier BONNEFOND

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né au BUGUE (Dordogne), le 5 octobre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CARLES, professeur....	Président.
		DUBREUIL, professeur.....	Juges.
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		AUBERTIN, agrégé.....	



BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

MM.	MM
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUX.
id..... DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale..... N.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..... ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants... CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... N.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. GREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... JEANNENEY.
id..... DUFOUR.	id..... CHARRIER.
Physiologie..... FABRE.	id..... LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	Obstétrique..... RIVIÈRE.
Médecine générale..... N.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... N.	Physique médicale..... N.
id..... AUBERTIN.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DAMADE.	Oto-rhino-laryngologie..... N.
id..... PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.
id..... DELMAS-MARSALET.	Histoire naturelle pharmaceutique..... N.
Chirurgie générale..... PAPIN.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Pathologie médicale..... DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Accouchements..... RIVIÈRE.	
Ophtalmologie.....	MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.
id..... Clinique dentaire.....	DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE :

PHILIPPE BONNEFOND

MORT POUR LA FRANCE LE 27 SEPTEMBRE 1918

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

LOUIS SICARD

Qui fut pour moi un second père.

A MA FEMME

A MA MERE

A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE

Chirurgien des hôpitaux.

Qui fut l'inspirateur de cette thèse.
Nous garderons le souvenir de son aimable et profonde bonté et tenons à lui renouveler ici nos sentiments de reconnaissance pour tout ce qu'il fit pour nous jadis dans de bien cruelles circonstances.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL COURBOULES

*Médecin chef de l'Hôpital militaire de Talence,
Professeur agrégé du Val-de-Grâce,
Chirurgien des hôpitaux militaires,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A celui qui fut pour nous un chef toujours très bienveillant, témoignage de notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. DAMADE

Médecin des hôpitaux.

Qui nous a donné ses conseils éclairés. Remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F.-J. TRAISSAC

*Chef de clinique médicale,
Ex-interne (médaille d'or) des hôpitaux,
Assistant d'histologie à la Faculté.*

Qui nous fit profiter de son amitié et nous guida dans la rédaction de ce travail.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CARLES

*Professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la
Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse, nous voulons exprimer ici
notre reconnaissance pour l'enseigne-
ment qu'il nous donna durant six mois
dans son service et pour l'aimable ac-
cueil qu'il nous a toujours réservé.

Contribution à l'étude
de la valeur

du

Drainage médical des voies biliaires

(Méthode de Meltzer-Lyon)

comme moyen de diagnostic et de préparation à l'intervention
dans les ictères chirurgicaux

INTRODUCTION

L'on a écrit et l'on a discuté beaucoup au sujet du tubage duodénal, et plus particulièrement de la méthode de Meltzer-Lyon quant à l'interprétation de ses résultats et de ses applications cliniques. Loin de nous l'idée de vouloir retracer ici toutes ces discussions... Il est un fait : le tubage, qui se fait de plus en plus une place prépondérante dans la pratique médicale quotidienne, peut rendre des services, non seulement au point de vue diagnostique, mais au point de vue thérapeutique. Parmi ses nombreuses applications, nous nous bornerons à n'envisager dans ce travail que le drainage médical des voies biliaires appliqué aux ictères dits ictères par rétention.

Le tubage duodénal est pratiqué en Amérique, en Allemagne, en Angleterre, en France aussi, bien que nous y soyons venus un peu tard; mais, on peut le dire sans pousser trop loin l'esprit de clocher, cette méthode a intéressé particulièrement l'Ecole bordelaise. Nous l'avons vue pratiquée dans de nombreux services d'hôpital au cours de nos études médicales. Le Docteur Lefèvre, chirurgien des hôpitaux, dans le service de qui nous fûmes d'abord stagiaire, puis externe, fut le premier à nous initier à cette pratique

couramment appliquée à ses malades ictériques, et c'est lui qui nous donna l'idée de consacrer notre thèse à ce sujet.

Le Professeur agrégé R. Damade, particulièrement compétent en la matière, voulut bien nous aider de ses conseils. Le Docteur Fernand-Joseph Traissac, chef de clinique médicale à la Faculté, qui fut notre interne dans le service du Docteur Lefèvre et s'intéressa avec nous à la question, nous fit profiter, lui aussi, de ses conseils. Enfin, le Professeur Carles, dont nous fûmes aussi l'externe durant six mois, en acceptant de présider cette thèse, nous a fait un grand honneur. Nous les remercions tous très vivement.

Si nos maîtres nous ont conseillé d'étudier ce sujet précis, c'est que le drainage systématique des voies biliaires n'est pas toujours appliqué, tant à l'hôpital qu'en clientèle, lorsqu'il s'agit d'ictères prolongés par rétention. Cette méthode a donné lieu à des discussions. Notre but est d'apporter quelques observations qui confirment l'utilité de la méthode.

Notre dessein n'est pas d'étudier ici la valeur de l'épreuve de Meltzer-Lyon dans toutes ses applications et dans tous ses résultats. En particulier, nous ne nous étendrons pas sur la question des origines et de la signification des biles A, B, C. Sur ce terrain, nous adoptons l'opinion de Damade qui nous paraît résumer le mieux l'état actuel de la question : la bile B, ou bile foncée, provient bien plus souvent de la vésicule que d'une modification de la sécrétion hépatique; mais il est impossible de différencier une bile B d'excrétion d'une bile B de sécrétion. Dans les ictères par rétention, qui nous intéressent seuls dans ce travail ces renseignements donnés par la bile B ne nous sont que d'un faible secours. D'autre part, le sujet revêtirait une amplitude trop vaste et, du reste, de par ailleurs a été depuis longtemps étudié.

On nous pardonnera, de même, de ne pas faire l'histoire du tube ni de la méthode de Meltzer-Lyon. Il a été fait dans maints ouvrages. Plusieurs thèses lui ont même été consacrées en partie. Nous l'avons jugé inutile, car ce ne serait que redites fastidieuses et plagiat du travail de nos aînés qui nous ont précédés dans l'étude de la question. Notre

bibliographie, que nous avons faite aussi complète que possible, nous en tiendra lieu.

Dans un premier chapitre, que nous ferons très court, nous dirons quelques mots de la technique pratique du drainage au cours des ictères, car, à ce point de vue, des divergences existent dans la façon de faire de ceux qui appliquent la méthode. Certains détails méritent quand même d'être précisés, et qui ont leur importance, expliquant souvent de nombreux insuccès chez ceux qui, les méconnaissant, dénigrent la méthode.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons la valeur diagnostique du drainage médical dans les ictères par rétention.

Dans un troisième, sa valeur thérapeutique et, en particulier, ses avantages comme moyen de préparation du malade à l'intervention.

Enfin, avant de tirer nos conclusions, nous citerons des observations venant à l'appui de nos dires. Ces observations sont dues, pour la plus grande partie, à l'obligeance de M. le Docteur Lefèvre. Quelques-unes ont été prises par nous-même durant les deux passages que nous avons faits dans son service. D'autres ont été recueillies par nous dans les différents hôpitaux de la ville de Bordeaux, et nous tenons à remercier ici les chefs de services qui nous ont si aimablement accueilli chez eux.

Notre Maître, M. le Professeur Jacques Carles, médecin des hôpitaux, à bien voulu présider cette thèse que nous a inspirée M. le Docteur Lefèvre, chirurgien des hôpitaux. Nous estimons, en effet, que le drainage médical des voies biliaires est une méthode simple qui permet au médecin praticien de fixer son diagnostic, de soulager son malade et, s'il le juge utile, de le confier au chirurgien avec les risques réduits au minimum.

Ainsi donc cette méthode illustre tout particulièrement la collaboration médico-chirurgicale, si favorable à la fois au progrès de la science et à l'intérêt des malades confiés à nos soins.

QUELQUES INDICATIONS D'ORDRE PRATIQUE

Nous n'insisterons pas sur la technique à employer : elle est ici la même que pour tout tubage duodénal. Le Professeur agrégé Damade en a tracé les règles, dès 1922, dans ses articles du *Journal de médecine de Bordeaux* et dans son opuscule sur le tubage duodénal. Nous ne donnerons ici que quelques détails particuliers à l'emploi de la méthode chez les ictériques.

Le malade est au lit. On lui recommande de respirer largement et de faire des mouvements de déglutition : un peu de patience et de douce persuasion vient facilement à bout des plus sensibles et des plus pusillanimes. Quand le 3^e repère du tube d'Einhorn est au niveau des arcades dentaires, on conseille au malade de rester une heure et demie dans le décubitus latéral droit pour favoriser l'introduction de l'olive dans le duodénum.

Au bout de ce temps, on commence à aspirer avec une seringue en verre ordinaire de 20 cm³, adaptée à l'extrémité libre du tube.

Quelquefois, dans les cas favorables, on recueille de la bile, le flux se produisant par simple excitation mécanique de l'olive sur la muqueuse duodénale. On injecte alors du sulfate de magnésie à 30 p. 100, que l'on a la précaution de faire tiédir auparavant jusqu'à la température de 38 degrés au bain-marie. A ce point de vue-là, le sulfate de magnésie nous paraît supérieur en résultats et bien plus commode à employer que tout autre excitant de la muqueuse

duodénale : huile d'olive, peptone selon la méthode de Von Stepp, etc. La première injection est de 10 cm³; on la répète toutes les heures le premier et le deuxième jour; 4 fois par jour, puis seulement matin et soir, les jours suivants.

Faut-il laisser le tube à demeure ? Nous répondrons nettement : oui, chaque fois qu'on le peut. Les tubages intermittents doivent être répétés tous les jours pour arriver à un résultat. Chaque séance ennuie le malade inutilement et, de plus, comme nous allons le voir, le drainage se fait beaucoup moins bien que lorsque le tube est laissé à demeure. En effet, nous avons coutume d'ajouter une rallonge, sous forme d'un autre tube en caoutchouc, au tube duodénal, rallonge suffisamment longue pour que, tout en laissant au malade une certaine liberté de mouvement, elle puisse plonger dans un bocal stérilisé et gradué disposé en contre-bas au pied du lit. De cette façon, on peut réaliser un véritable siphonage qui rend l'évacuation duodénale permanente et donne à l'opération son véritable sens de « drainage » des voies biliaires.

Le bocal gradué permet de mesurer très exactement la quantité de liquide évacuée chaque jour.

Quant au tube duodénal lui-même, pour éviter que le malade ne l'arrache par un mouvement involontaire, surtout pendant son sommeil, on le fixe avec un peu de diachylon dans le coin de la commissure labiale et derrière l'oreille en le faisant passer sur le pavillon à la manière d'une branche de lunettes. On a soin, d'autre part, de le fixer du côté opposé à celui sur lequel le malade a l'habitude de se coucher pour éviter qu'il ne soit comprimé contre l'oreiller.

Certains auteurs ont prétendu que ce drainage permanent était très pénible pour les patients et que bien peu le supportaient. Or, nous savons qu'un tube d'Einhorn peut être laissé en place pour l'alimentation duodénale, par exemple, pendant plus de trois semaines, comme l'ont montré le Professeur Carles et le Professeur agrégé R. Damade. Il en est

de même ici. Toutefois, si pour une raison ou pour une autre le tube ne pouvait être laissé à demeure, on pratiquerait des tubages intermittents, qui donnent parfois d'excellents résultats.

Un dernier point de technique, qui a, lui aussi, son importance : il faut vérifier soigneusement si l'olive du tube d'Einhorn se trouve dans le duodénum. On conçoit, en effet, facilement l'erreur que l'on pourrait commettre et son importance dans le cas particulier, tant au point de vue du diagnostic que du traitement. Cette vérification sera faite minutieusement au début du drainage, surtout si celui-ci ne nous ramène pas de bile et renouvelée autant de fois qu'il le faudra durant toute la durée d'application de la méthode.

II

VALEUR DU DRAINAGE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DANS LES ICTERES PAR RETENTION

« Le tubage duodénal sera pour les affections digestives ce qu'a été l'auscultation pour les maladies pulmonaires. »
(CHIRAY.)

Le drainage médical des voies biliaires permet, au cours des ictères par rétention, de porter d'une façon simple et relativement rapide, un diagnostic dont l'importance étiologique n'échappera à personne, diagnostic bien souvent très difficile à établir sans lui.

Nous savons, en effet, qu'en présence d'un ictère par rétention qui dure depuis quelque temps, le diagnostic de la cause exacte s'opposant à l'écoulement de la bile n'est pas toujours chose commode, et combien d'actes opératoires sont entrepris sur de tels malades sans que l'on sache ce que réservera une investigation de ce fameux « carrefour hépatique » mis à ciel ouvert par le couteau du chirurgien. Certes, des moyens cliniques autres que le tubage permettent d'avoir des suspicions sur la nature de la lésion qui a déclenché et maintient la persistance de l'ictère; mais c'est comme presque toujours en matière médicale, domaine

« merveilleusement ondoyant et divers », rien d'absolu, rien de mathématiquement certain. Nous jugeons et nous portons des diagnostics sur des ensembles de symptômes; plus nombreux sont ceux-ci et plus grande est la présomption. Or, il apparaît que, suivant ses résultats, le tubage à demeure avec instillations de sulfate de magnésie instauré au cours d'un syndrome ictérique dont on n'a pas étiqueté nettement la nature peut nous être d'un secours précieux.

Nous en venons à ce que nous avons observé : Lorsqu'un malade en état d'ictère chronique subit un drainage médical des voies biliaires, *dès la première épreuve d'élimination provoquée, le tube peut ramener une certaine quantité de bile*. En général, la quantité obtenue va croissant chaque jour, en même temps que la bile obtenue, très épaisse au début, va s'éclaircissant. Dans certains cas, il faut savoir attendre, car souvent, dans un délai dont on peut fixer la durée maxima à 48 heures, l'ictère se débloque et le drainage finit par s'effectuer. (Dans une pareille éventualité, nous comprenons facilement le gros avantage que présente le tubage à demeure, qui permet de saisir le moment où le flux se produit.)

D'autre fois, l'épreuve est négative : *aucun écoulement de bile, malgré les injections répétées de sulfate de magnésie*. Parfois on obtient un peu de bile; mais on constate facilement que le résultat est insuffisant. Souvent même l'écoulement se tarit dans les jours qui suivent. Dans des cas plus rares, on obtient de la bile sanglante ou du sang pur.

Quelles conclusions tirer de ces différentes éventualités ? *Du point de vue empirique, lorsque le drainage médical ne provoque aucun flux biliaire, on peut conclure au cancer*, et nos observations à ce point de vue-là sont bien l'illustration de ce que nous défendons.

Lorsque, tôt ou tard, on obtient un flux biliaire, le diagnostic de cancer peut être écarté, et l'on peut penser à une lésion médicalement ou chirurgicalement curable, *lithiase biliaire le plus souvent*.

De telles constatations sont difficiles à interpréter. Pourquoi n'obtient-on aucun flux de bile dans le cas de cancer ? On peut, malgré tout, semble-t-il, sans vouloir solutionner aussi vite et d'une manière définitive la question, avoir recours à l'hypothèse suivante : dans le cas du cancer, nous avons affaire à un obstacle permanent, organique. Dans les autres cas, il s'agit d'un obstacle, ou tout au moins d'une cause mobile, inflammatoire, qui peut rétrocéder. Le sulfate de magnésie est, en effet, d'une grande efficacité sur ces éléments, puisque, sous son influence, nous voyons cesser la douleur et baisser la température, dues à une inflammation très évidente du tractus biliaire.

Mais nous pouvons pousser plus loin nos déductions étiologiques.

1° Nous n'avons pas retiré de bile : Nous pouvons penser au cancer. Mais le néoplasme peut siéger en des points différents du tractus. Nous pouvons affirmer d'ores et déjà son existence sur la seule absence de bile, mais le tubage peut encore nous donner des précisions quant à sa localisation. Il peut siéger sur la vésicule avec extension au pédicule hépatique, qu'il comprime ou qu'il englobe en le supprimant dans son travail d'envahissement. Il peut siéger sur le cholédoque, mais il peut siéger aussi au niveau du duodénum, et en particulier au niveau de l'ampoule de Vater, et c'est précisément dans ce dernier cas que l'on note le plus souvent la présence de sang. C'est encore dans le cas de néo de l'ampoule de Vater que l'on peut rencontrer, comme l'a noté Libert dans sa thèse de Paris, 1924, « des cellules anormales plus ou moins monstrueuses, et qui sont, en quelque sorte, une véritable biopsie, mais ce sont là des faits très rares ». Le néoplasme responsable de l'ictère peut aussi bien siéger sur la tête du pancréas. Dans ce cas encore, même insuccès du tubage, qui ne ramène rien, sinon quelques centimètres cubes de liquide duodénal. La manœuvre n'a pourtant pas été stérile à tous les points de vue, puisque « le tubage permet de mettre en évidence l'absence de tripsine ou de

lipase dans le suc duodénal », ainsi que le note L. Ramon dans une de ses cliniques dédiées à la *Presse médicale* du 27 avril 1929.

Lorsque le tubage duodénal ramène du sang, on peut encore, comme l'a indiqué le professeur agrégé Damade dans une de ses nombreuses études sur le tubage duodénal, porter un diagnostic topographique et localiser sur les voies biliaires extra-hépatiques la tumeur qui donne naissance à l'hémorragie en s'aidant de l'épreuve de Meltzer-Lyon et des modifications qu'elle apporte à l'intensité de l'écoulement sanguin (R. Damade, *Etudes sur le tubage duodénal*, p. 40 et 41).

2° Si le drainage médical des voies biliaires donne issue à une quantité de bile appréciable, variant d'une vingtaine de centimètres cubes à 300 et même 500 dans les vingt-quatre heures, nous n'avons plus affaire à un néoplasme, mais à une cause temporaire, transitoire, à un obstacle qui peut être levé chirurgicalement. Ce sera dans ce cas, le plus souvent, une lithiase biliaire : un calcul s'est enclavé dans l'ouverture du canal cystique; quelquefois, il est descendu plus bas et se trouve emprisonné dans le cholédoque sans pouvoir ni progresser dans la descente vers la lumière intestinale ni revenir en arrière dans la portion dilatée du cholédoque ou la vésicule biliaire; l'inflammation des canaux biliaires aidant, il s'oppose au passage de la bile.

Or, les instillations de sulfate de magnésie à 30 p. 100, portées dans le duodénum par le tube d'Einhorn ont une telle action que, dans ces cas de lithiase biliaire, la bile arrive à se faire un passage et coule à flot dans le bocal disposé au pied du lit du malade. Par quel mécanisme cette bile qui, chez certains, avait vu son écoulement interrompu depuis de longs jours, réussit-elle à surmonter l'obstacle ? B.-B. Vincent Lyon soutient que les injections de sulfate de magnésie, « dans nombre de cas d'ictères dus à l'obstruction du cholédoque par un calcul enchatonné, ont permis au calcul de se désenclaver et de remonter dans le conduit commun dilaté.

Ultérieurement, ce calcul a pu être évacué et retrouvé dans les selles » (*Presse médicale*, XII, 1928).

Chiray et Pavel, dans leur compte rendu au Congrès international de la lithiase biliaire de Vichy, en 1932, rapportent une observation montrant « qu'au cours de la lithiase cholédocienne la disparition de la jaunisse à la suite du drainage médical peut être réalisée sans que l'élimination du calcul ait lieu ». Plus loin, les mêmes auteurs pensent « que le drainage agit puissamment sur les phénomènes inflammatoires liés à la stase ou à la rétention biliaire contemporaines de la lésion vésiculaire ». Le sulfate de magnésie agirait aussi « en maintenant ouvert le sphincter d'Oddi, si souvent spasmodique en pareil cas... » Sur le mécanisme selon lequel se produit le flux biliaire jusque-là interrompu on discutera probablement encore longtemps. Notre intention n'est pas de nous y attarder plus longtemps.

Lorsque le drainage médical donne issue à une bile abondante, il ne s'agit pas toujours d'une obstruction lithiasique; bien que ce soit l'éventualité la plus fréquente. On peut avoir tout aussi bien affaire à un obstacle dû à une simple inflammation des voies biliaires : cholédocite, péricholédocite. On peut se trouver aussi en présence d'une inflammation extra-cholédocienne : péritonites localisées, adénites comprimant les voies biliaires, ou plus rarement d'un kyste hydatique intervenant comme facteur de compression des canaux excréteurs hépatiques.

Notre diagnostic étiologique ayant été ainsi établi par le simple fait d'avoir pu retirer de la bile, nous pouvons, toujours par la méthode de Meltzer-Lyon, pousser plus loin nos investigations et corroborer ce diagnostic. En effet, on peut mettre en évidence dans le liquide retiré par drainage des cristaux volumineux de cholestérine, véritables calculins visibles à l'œil nu (obs. IX), qui constituent, comme l'ont montré Chiray et Blum, un signe presque pathognomonique de lithiase biliaire. De même le dosage de la cholestérine dans la bile en l'absence de calculins et concomitamment à

une cholestérinémie élevée peut être d'un grand secours. Joint à la présence de nombreux polynucléaires altérés et à l'existence d'une flore microbienne anormalement abondante et riche à laquelle Libert a consacré un chapitre particulièrement intéressant de sa thèse (Paris, 1924), ces symptômes permettent de reconnaître l'existence d'une angiocholécystite lithiasique. C'est ainsi qu'Einhorn lui-même, le père du tubage duodénal, rapporte plusieurs cas où la lithiasie biliaire n'a pu être reconnue que par le tubage duodénal. Dans le cas de kyste hydatique, de petites vésicules ont pu même être reconnues dans la bile retirée par drainage.

De tout ceci il ressort que la méthode de Meltzer-Lyon nous rend de grands services au point de vue du diagnostic.

Quoi qu'il en soit des explications, d'après les données empiriques, il est un fait, *et c'est sur ce fait que nous voulons surtout insister*, parce que nous le jugeons très important et parce qu'il doit être l'idée dominante de ce chapitre : en pratique, dans les ictères par rétention prolongée :

Drainage positif, c'est-à-dire flux de bile abondant = ictère curable chirurgicalement :

lithiasie;

inflammation : cholédocite, péricholédocite, etc.;

kyste hydatique.

Drainage négatif = ictère par obstacle permanent, irréductible : néoplasme.

Bengolea vient appuyer nos dires de sa compétence particulière en la question. Il nous rapporte dans le *Lyon chirurgical* (séance du 24 oct. 1929) 5 cas de néoplasmes des voies biliaires et du pancréas : « Chez ces malades, le tubage duodénal a été absolument négatif et l'ictère est resté sans modification. D'après ces résultats, nous croyons que le résultat négatif obtenu par le tubage est une donnée de réelle importance : en effet, l'absence complète de bile constitue, pour nous, un signe évident de compression néoplasique des voies biliaires. »

C'est aussi l'opinion de M. Brulé, telle qu'il l'a exprimée

en 1932 au Congrès international de la lithiase biliaire à Vichy : « Le diagnostic d'obstruction cholédocienne étant posé, nous pratiquons trois ou quatre tubages duodénaux. Si nous n'obtenons pas de bile, nous craignons un cancer et discutons l'opportunité de la laparotomie avec ses chances relatives de succès. Si nous obtenons de la bile, le diagnostic de lithiase cholédocienne devient probable. » Et il ajoute : « Nous tentons alors, par tubages successifs, de diminuer la rétention biliaire et son corollaire l'hépatomégalie. » Il nous fait ainsi entrevoir le moyen thérapeutique que nous avons dans le drainage médical des voies biliaires. C'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant.

III

VALEUR DU DRAINAGE COMME MOYEN THERAPEUTIQUE ET DE PREPARATION A L'INTERVENTION

Nous l'avons vu, la plupart des ictères par rétention posent l'indication d'un acte opératoire destiné à supprimer si possible, la cause s'opposant à l'écoulement de la bile dans l'intestin.

S'il s'agit d'un néoplasme, nous sommes à peu près désarmés : seule, la cholécysto-gastrostomie nous est offerte comme un moyen palliatif.

Pour de tels ictères, le tubage, qui nous a fourni un élément de diagnostic, ne nous est, évidemment, de par ses résultats négatifs, d'aucun secours thérapeutique.

Mais pour les autres malades ? pour ceux chez qui le flot de bile ramenée par le tube d'Einhorn nous a permis de poser d'une façon générale le diagnostic d'ictère dû à une cause curable chirurgicalement et le plus souvent de nature lithiasique, pour ces malades, que sera l'intervention ?

Nous savons que sur de tels sujets en état d'ictère depuis très longtemps, depuis des mois parfois, comme nous le notons dans certaines de nos observations, l'acte opératoire revêt toujours une grande gravité. Si l'on veut bien se rappeler que l'une des principales causes de la mortalité dans les opérations sur le foie réside dans les dangers de la cholémie, on comprendra combien de malades en état de rétention depuis des mois sont en danger pour affronter une opération souvent longue et pénible.

En plus de l'ictère, signe tombant directement sous la vue, ces malades ont de la bradycardie, du prurit, fréquemment de la température, signes d'une auto-intoxication et d'une infection profondes. Ces malades présentent des signes d'insuffisance hépatique : urobilinurie, modifications du coefficient de Maillard. Le temps de saignement et de coagulation du sang est très souvent modifié, explication des nombreuses hémorragies sous-cutanées et muqueuses que l'on peut constater chez eux. Nous notons, de même, des modifications de la formule sanguine : diminution des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, hyperleucocytose. Leur foie est souvent augmenté de volume, traduisant la mise sous tension du parenchyme hépatique sous l'influence de la rétention biliaire, ce qui est une cause importante de souffrance de la cellule hépatique. Ces malades ont maigri parfois considérablement, ils sont fatigués, et l'on comprend combien le chirurgien redoute d'intervenir sur ces malades cachectiques, fragiles, et qui saignent à la moindre occasion.

Nous comprenons maintenant la transformation complète du problème chirurgical lorsqu'on se trouve en présence de tels malades. La question, en effet, n'est plus d'agir simplement en ouvrier réalisant mécaniquement la levée d'un obstacle cholédocien possible et le drainage de la voie principale.

Il faut préparer le malade à l'intervention, relever l'état précaire dans lequel il se trouve. Il faut faire cesser cette auto-intoxication, due à l'ictère, qui est l'élément primordial de l'instabilité du foie opéré et nous donne la clé de ces désastres opératoires qui nous paraissent inexplicables.

Mais que le cours de la bile soit rétabli, l'hépatomégalie disparaît rapidement avec l'ictère et son cortège de symptômes.

C'est à ce point de vue-là que nous allons voir le tubage duodénal devenir le meilleur procédé de préparation à l'intervention. En effet, sous son influence, nous assistons à de magnifiques résultats : de la bile s'écoule, et, grâce aux

injections de sulfate de magnésie, sa quantité augmente dans des proportions notables. Parfois même, elle entraîne avec elle un ou plusieurs petits calculs, comme nous le notons dans notre observation n° IX.

Evidemment, pour qui connaît le mécanisme physiologique présidant à l'épreuve de Meltzer-Lyon, il peut paraître absurde de provoquer par l'excitation magnésienne du duodénum une contraction vésiculaire susceptible de déterminer, en somme, une colique hépatique fruste ou avérée. C'est pour cela que la méthode, bien qu'ayant ses partisans et des succès indubitables, défendue avec acharnement par Allard en Allemagne, en Amérique du Sud par Bengoléa, est encore critiquée en France. On redoute les douleurs et les accidents graves que peuvent provoquer les violentes contractions des voies biliaires. Pour l'Ecole lyonnaise, qui s'est montrée particulièrement sévère et rebelle à cette thérapeutique, ces accidents peuvent aller (théoriquement !) jusqu'à la perforation de la vésicule ou du cystique, amincis et distendus par les calculs. Jamais nous n'avons constaté de pareilles conséquences, ni même d'incidents de moindre gravité, de quelque ordre que ce soit. Pour les adversaires du drainage médical des voies biliaires, l'emploi de tels procédés ne servirait qu'à retarder l'intervention, faisant perdre ainsi un temps précieux au malade et au chirurgien. Cette pratique ne serait d'aucun bénéfice pour le malade, c'est du moins l'opinion de Bérard et Mallet Guy.

Et pourtant l'examen des faits est là, impartial. Ces malades qui étaient jaunes depuis des mois, dont l'ictère allait s'accentuant, au point de leur donner cette teinte vert foncé si caractéristique, dont les urines étaient acajou, les selles couleur du mastic des vitriers, ces malades, chez qui un traitement médical prolongé n'avait amené aucune amélioration, voient, sous l'influence des injections de sulfate de magnésie, leur ictère diminuer et même disparaître parfois comme par enchantement.

En quelques jours, les urines redeviennent claires, les ma-

tières reprennent leur coloration et leur odeur normales. Le prurit, qui les empêchait de dormir, disparaît. La température baisse jusqu'à son degré normal. Les manifestations hémorragiques disparaissent, le poids augmente.

Qui pourra nier que des malades ayant vu ainsi de telles transformations de leur état ne le doivent pas au drainage auquel ils ont été soumis ? Le sulfate de magnésie employé seul, ingéré par la bouche, ne donne à ce point de vue-là aucun résultat : il faut qu'il soit porté directement par la sonde dans le duodénum. MM. Parturier et Thalheimer ont publié dans la *Presse médicale* du 8 mai 1929 une observation concernant une malade de 48 ans qui, en état d'ictère depuis un mois, ne vit survenir aucune amélioration dans son état bien qu'elle en eût ingéré *per os* des doses progressivement croissantes pendant douze jours. Pour avoir des résultats, il faut employer la méthode avec tous ses détails de technique...

Diminution de l'hépatomégalie, disparition de l'ictère et du prurit, baisse de la température, constituent pour le malade ictérique, pour le médecin qui le soigne et pour le chirurgien qui devra l'opérer ultérieurement autant d'éléments favorables pour décider et entreprendre l'intervention. Le risque à courir sera, en effet, bien moins grand que lorsqu'il s'agissait d'opérer un malade auto-intoxiqué, hémorragique, cachectique et fébrile quelquefois, en un mot, en véritable état de misère physiologique. Après avoir soumis notre patient au drainage permanent des voies biliaires pendant quelques jours, ce ne sera plus le même malade que nous opérerons.

Mais si la méthode a des détracteurs, elle a aussi des admirateurs, et bon nombre de médecins et de chirurgiens l'appliquent d'une façon systématique, témoignant de son efficacité.

L'utilité du drainage médical des voies biliaires dans la thérapeutique de la lithiase a été entrevue dès le début par Meltzer lorsque le physiologiste américain, après avoir constaté sur l'animal que le contact d'une solution de sul-

fate de magnésie à 25 p. 100 avec la magueuse duodénale détermine un relâchement localisé de la paroi intestinale ainsi que du sphincter d'Oddi, suggéra l'emploi de ce procédé chez l'homme pour « faciliter la sortie des calculs logés en amont de l'ampoule de Vater ».

Vincent Lyon a rapporté dans son livre *princeps* sur le drainage non chirurgical des voies biliaires l'observation d'un calcul enclavé du cholédoque pour lequel on obtint une libération partielle après des irrigations continues du duodénum au liquide de Ringer pendant vingt-quatre heures. Dans ces conditions, après évacuation d'un litre et demi d'une bile noire contenant des flocons de muco-pus, la jaunisse, la douleur et les accidents toxiques diminuèrent considérablement et le malade se trouva en meilleur état pour être opéré. Dans un article paru dans la *Presse médicale* à la date du 22 décembre 1928, il précise les indications du drainage et le recommande particulièrement dans les cas d'ictère : « Lorsque le drainage a été effectué, l'ictère disparaît parfois rapidement. En tout cas, souvent la myocardite toxique et la néphrite diminuent et l'opération peut, dans ces conditions, être effectuée plus tôt et avec plus de sûreté qu'avec l'ancien mode de traitement... Le drainage médical peut préparer l'action chirurgicale. »

Allard a préconisé la même méthode en Allemagne. Dans ce pays, Mardewell a, lui aussi, conseillé de l'employer systématiquement avant de recourir à la chirurgie. D'autres études ont encore été consacrées au même sujet en Allemagne; parmi ces auteurs, nous ne retiendrons que les noms de Strauss et de Schœundube. Leur méthode ne diffère en rien de celle, classique, de Meltzer-Lyon.

En France, dès 1925, R. Gaultier, dans un compte rendu à la Société de médecine de Paris, le 13 février, s'appuyant sur une expérience de plusieurs années et sur un grand nombre d'observations, montre les heureux résultats du drainage non chirurgical des voies biliaires dans les cas d'ictères prolongés, de cholécystite chronique, voire même chez des opé-

rés de la vésicule biliaire conservant des troubles d'origine hépatique.

...Mais nous avons dit que nous ne ferions pas l'historique de la question. Nous ne pouvions pourtant pas passer sous silence les noms de ceux qui, parmi les plus compétents, ont apporté leur approbation à cette pratique après l'avoir eux-mêmes expérimentée avec succès.

Nous nous en voudrions, de même, de ne pas citer dans leur entier les conclusions que tirèrent, l'an dernier, au Congrès international de la lithiase biliaire, à Vichy, MM. Chiray et Pavel : « Certains lithiasiques vésiculaires accusent, après un drainage médical biliaire, pratiqué dans un but de diagnostic, et non de traitement, un allègement de leurs souffrances et une incontestable, quoique passagère, amélioration. Celle-ci survient tantôt d'emblée, tantôt après une phase de déséquilibre qui dure moins d'une semaine. Pour ces cas heureux, dans les jours qui suivent le drainage, la douleur et même la gêne persistante disparaissent du côté droit. Le teint devient meilleur, du fait de la disparition du subictère ou même d'un ictère franc, comme le fait a été noté dans certaines observations. Les fonctions digestives s'améliorent parallèlement, en ce sens que l'appétit reprend et que cesse le dégoût électif pour certains aliments, ainsi que les tendances nauséuses. Les selles sont plus régulières et prennent une couleur et une odeur normales. La fatigue, l'insomnie, les maux de tête, diminuent. Enfin, l'amaigrissement cesse d'augmenter. »

Et enfin, au même Congrès de la lithiase biliaire, M. M. Brûlé disait : « Le pronostic opératoire est infiniment plus grave quand l'ictère est accentué et le foie volumineux. Or, nous croyons, avec Bengoléa et Suarez, que l'on peut souvent diminuer la rétention biliaire, l'hépatomégalie, et même la fièvre, par le tubage duodénal et instillations de sulfate de magnésie. La laparotomie ne sera retardée que de quelques jours et se fera dans de bien meilleures conditions. Elle montrera que le ou les calculs sont encore dans le cholédoque

et prouvera que, l'ictère ayant déjà diminué ou disparu, la bile a pu filtrer autour des calculs dans le cholédoque dilaté. Seule, la cholédocite a diminué, l'obstacle persiste. Mais l'effet du tubage duodénal peut être encore meilleur. Nous avons pu nous assurer, en faisant enlever ultérieurement des vésicules bourrées de calculs chez des malades dont l'ictère avait rétrocedé sous l'influence de tubages duodénaux, que le cholédoque ne contenait plus de calculs. Le seul drainage par tubage duodénal peut, dans certains cas, libérer le cholédoque du ou des petits calculs qui s'y étaient arrêtés. Fort de cette expérience, nous avons renoncé à faire opérer certains malades âgés, lithiasiques avérés, dont l'ictère avait rétrocedé sous l'influence de drainages médicaux et qui se maintiennent en parfaite santé. »

Ainsi donc nous voyons, à la lumière de nos observations et d'accord avec de nombreux médecins ou chirurgiens, que le drainage médical des voies biliaires, en dehors des cas de néoplasies, peut amener la guérison de l'ictère et guérir les malades de leur « accident ». D'aucuns pensent même borner là leur action. Souvent les patients eux-mêmes se refusent à toute intervention chirurgicale, s'estimant complètement guéris.

Nul doute, d'ailleurs, qu'il existe des cas, confirmés chirurgicalement ou cliniquement par l'évolution ultérieure, dans lesquels le drainage médical ait définitivement guéri certains malades de leur affection : à l'intervention, aucune trace d'inflammation, plus de calculs dans la vésicule ou le cholédoque. Chez les malades réfractaires à l'intervention, plus de crises douloureuses, plus d'ictère, plus de troubles digestifs. Mais il est non moins certain que cette éventualité constitue le cas le plus rare. Le drainage médical a paré à l'accident ictérigène; mais le malade reste à la merci de nouvelles crises, ralentit son activité, et sa vésicule, bourrée de calculs, le laisse sous la menace d'une transformation néoplasique.

C'est pour ces raisons que l'on doit souvent préconiser chez

ces malades ictériques améliorés médicalement par la cure de drainage une intervention complémentaire qui les met à l'abri de ces funestes complications. Alors l'intervention s'effectue dans les conditions les plus favorables, sur des patients résistants, en dehors de tout syndrome hémorragique et de tout foyer d'infection.

C'est ce que semblent bien nous prouver les observations consignées dans les pages qui vont suivre.

IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Docteur LEFÈVRE.)

Mme C... (Geneviève), 34 ans (15 mai 1931).

Il s'agit d'un ictère ayant débuté au mois de mars, il y a deux mois. La jaunisse avait été précédée par des douleurs lombaires et intercostales. Depuis, les douleurs sont devenues d'une telle intensité qu'elles nécessitent des injections de morphine. La malade a considérablement maigri.

Le 6 mai, hématémèse et mœlena. Le Professeur Mauriac conseille l'intervention.

A l'examen de la malade, on note un ictère foncé avec signes classiques de rétention. Très mauvais état général. Température : 38°5. Pouls à 100-120. Prurit intense.

Le foie est gros, douloureux. La vésicule est grosse, nettement palpable. En outre, on note une masse épigastrique dure, submate, nettement rétropéritonéale, douloureuse.

Le drainage duodénal pratiqué pendant trois jours *ne ramène rien*.

Le 19 mai, intervention : on trouve une énorme tumeur de la tête du pancréas, d'un volume égal à deux poings, refoulant l'estomac et le duodénum. Grosse vésicule. Biopsie de la tumeur. Cholécyste-gastrostomie. On s'aperçoit que la tumeur a ulcéré l'estomac et le duodénum.

Après l'opération, cessation des douleurs. Bien-être.

Le quatrième jour, hématémèse avec rejet de débris de tumeur.

Le sixième jour, on emporte la malade qui survit encore dix-huit jours sans douleurs.

Mort par hématomérose.

A l'examen histologique, pratiqué par le Docteur Bonnard, il s'agit, « d'un *épithélioma* développé aux dépens des conduits excréteurs. » Ce sont « des cellules polygonales étroitement tassées les unes contre les autres; leurs noyaux présentent des traces morphologiques en rapport avec les caractères de la malignité de la tumeur. »

OBSERVATION II.

(Docteur LEFÈVRE.)

Mme V... (Marie), 66 ans (octobre 1928).

Malade entrée à l'hôpital pour crise de colique hépatique et ictère.

Cette femme souffre depuis cinq ans de coliques hépatiques classiques à la suite desquelles elle présente un léger subictère. Après la dernière crise, qui remonte au mois dernier, l'ictère s'est installé définitivement. C'est un ictère par rétention typique et progressif. Amaigrissement considérable. Prurit. Pas d'hémorragies.

A l'examen, le foie déborde les fausses côtes; la vésicule est palpable et augmentée de volume. Le poulx est à 80. Pas de fièvre.

Numération globulaire :

hématies : 2.650.000;

leucocytes : 4.000, avec 68 p. 100 de polynucléés.

Hémoglobine : 60 p. 100.

Temps de saignement : 3 minutes.

Temps de coagulation : 6 minutes.

Le drainage médical des voies biliaires avec tube duodéal à demeure ne ramène pas de bile.

Intervention le 17 octobre : adhérences très serrées entre l'épiploon, le colon, le duodénum, la vésicule. La vésicule est très volumineuse, dure, épaissie et bourrée de calculs. Grosse masse indurée au confluent du cystique et de l'hépatique, masse d'aspect

néoplasique (*le néoplasme est en effet confirmé à l'histologie*).
Métastase hépatique. Incision du carrefour qui donne issue à de la bile blanche. Pince à demeure sur le cystique. Tamponnements.
Drain.

Mort le troisième jour.

OBSERVATION III (Personnelle).

(Docteur LEFÈVRE.)

Mme C..., 72 ans (septembre 1932).

Ictère ayant débuté il y a quatre mois. Quarante-huit heures après que l'entourage eut constaté la jaunisse, survint une crise typique de colique hépatique. La crise dura quatre jours.

Cette femme était traitée depuis trente ans pour dyspepsie. Après le repas, elle se plaignait de pesanteur, de barre épigastrique, de douleurs s'irradiant vers l'épaule. Mais jamais les symptômes n'avaient atteint l'acuité de la dernière crise.

A l'examen, on note un ictère vert foncé. C'est une femme volumineuse, mais qui déclare avoir maigri. Foie apparemment de volume normal, grosse vésicule, rate non perceptible, pas d'ascite. Ecchymoses sous-cutanées.

Matières décolorées.

Urines acajou, avec :

pigments biliaires;

0,07 d'albumine;

nombreux leucocytes;

cylindres granuleux.

Urée sanguine : 0 g. 20 p. 1.000.

Numération globulaire :

hématies : 4.200.000.

leucocytes : 6.290.

Mauvais état général. Inappétence complète. Température entre 37 et 38 degrés.

Le drainage des voies biliaires par le tubage duodénal prolongé pendant sept jours ne permet pas de retirer la moindre quantité de bile.

A l'intervention, on trouve une grosse vésicule bourrée de calculs : 12 gros et 6.500 petits. Le col de la vésicule est irrégulier, bosselé, ulcéré. Le cystique et l'hépatique sont englobés dans une gangue d'aspect néoplasique. Cholécysto-gastrostomie. Mort par syncope en fin d'intervention.

Un fragment du col de la vésicule examiné par le Docteur Pierre Nadal montre « une masse de tissu fibreux, dense, tourbillonnant, au sein duquel sont disséminées de très nombreuses cellules conjonctives; mais, en outre, on trouve dans ce tissu des amas épithéliaux, tantôt franchement atypiques, mais, par places, revêtant le type nettement cylindrique. Quelques cellules présentent des anomalies nucléaires. Il est évident qu'on se trouve dans la zone de propagation d'un cancer épithélial. Conclusion : Zone de propagation d'un *cancer épithélial cylindrique*. »

OBSERVATION IV.

(Docteur LEFÈVRE.)

M. F... (Auguste), 62 ans (juin 1931).

Malade ayant un vieux passé de crises de cholécystite. Est pris, il y a deux mois, d'ictère progressivement croissant, quoique avec quelques oscillations. Depuis l'apparition de la jaunisse, les douleurs ont disparu, mais l'amaigrissement devient considérable.

A l'examen, ictère vert. Homme très fatigué. Température, 37 degrés. Pouls à 70-80. Aurait eu quelques accès fébriles. Prurit intense. Gros foie. Vésicule non palpable. Signe de Murphy très léger. Les matières sont décolorées. Les urines, foncées, ne contiennent pas d'albumine, mais des pigments biliaires. Les temps de saignement et de coagulation sont normaux.

Drainage médical des voies biliaires par tube d'Einhorn (sulfate de magnésie). *Le premier jour, on retire 40 cm³ de bile avec présence de sang. Les jours suivants, le drainage est infructueux.*

A l'opération, le 10 juin 1931, on trouve une grosse vésicule, horizontale, couchée sous le foie. Cholédoque dilaté. Aucun obstacle n'est perçu au niveau du cholédoque. Incision du duodénum. On constate alors au niveau de l'ampoule de Vater une *tumeur du*

volume d'une cerise. Suture du duodénum. Cholécysto-gastrostomie. Suites opératoires normales. Le prurit disparaît deux jours après. L'ictère diminue et les signes de rétention disparaissent.

Le malade succombe deux jours après une deuxième intervention duodéno-pancréatectomie céphalique que l'on dut pratiquer le 1^{er} août 1931.

OBSERVATION V.

(Docteur LEFÈVRE.)

M. A... (Pierre), 66 ans (8 mars 1928).

Malade adressé au service pour ictère et colique hépatique.

La première crise remonte à six ans, à la suite de laquelle cet homme a présenté un ictère par rétention avec expulsion d'un calcul par l'anus. Ce calcul avait à peu près le volume d'une olive.

Les crises reprennent, il y a six mois, suivies d'ictère. Depuis, elles sont fréquentes et l'ictère n'a jamais complètement disparu. Les selles sont plus ou moins décolorées et les urines sont foncées.

Pendant ce temps, le malade maigrit de 11 kilos et déclare ressentir de temps en temps de petits frissons.

A l'examen : léger subictère. Foie très augmenté de volume. Température oscillant entre 37 et 38 degrés.

Numération globulaire :

hématies : 3.300.000;

leucocytes : 8.600, avec 71 p. 100 de polynucléaires.

Hémoglobine, 90 p. 100.

Temps de saignement et de coagulation normaux.

Le drainage ne permet pas de ramener de bile.

Intervention le 19 mars 1928 : on trouve une vésicule épaissie et scléreuse. Cystique dilaté contenant des calculs enchatonnés. Le cholédoque est plus gros que l'intestin grêle, le doigt ganté peut y pénétrer. Pas de calculs dans le cholédoque. *La tête du pancréas est indurée.* On doit dilater l'ampoule de Vater avec une pince courbe introduite dans le cholédoque. Le foie est légè-

rement cirrhotique; la bile qui s'écoule par le canal hépatique est peu abondante et claire. Cholécystectomie, drainage de Kerhr.

Suites opératoires excellentes : 300 grammes de bile s'écoulent par le drain. Les signes d'ictère disparaissent.

Cet homme est revenu en janvier 1932 pour un syndrome de pancréatite aiguë. Il a refusé l'intervention. Mort.

OBSERVATION VI.

(Docteur LEFÈVRE.)

M. G..., 48 ans (19 mars 1927).

Malade adressé au service pour ictère par rétention.

Cet ictère est survenu, il y a un mois et demi, à la suite d'une crise douloureuse de l'épigastre à irradiation gauche, non accompagnée de signes digestifs, survenue en plein travail, à 10 heures du matin.

Les matières sont décolorées. Les urines, de couleur acajou, contiennent des pigments et des sels biliaires. Les selles mastic auraient été teintées de sang rouge.

Depuis le début de l'ictère, la douleur, qui avait diminué d'intensité, a présenté des paroxysmes très violents, suivis d'accentuation de l'ictère. Ces crises ne semblent pas en rapport avec les repas.

En recherchant dans les antécédents, on trouve de petites crises douloureuses, fugaces, de l'hypocondre droit, à type de colique hépatique fruste, souvent suivies de subictère.

Cet homme est fatigué. Température à 38 degrés. Pouls à 70. Anorexie. Soif vive.

Il se plaint continuellement de la région épigastrique, profondément, avec irradiations postérieures lombaires et gauches spléniques.

Outre les signes classiques de l'ictère par rétention, prurit y compris, on note que le ventre est ballonné. La palpation révèle une zone douloureuse à gauche de l'ombilic. Le foie est légèrement augmenté de volume.

Dans les urines :

Albumine : 0 g. 20;

Pas de glucose;

Présence d'acétone.

Temps de saignement et de coagulation normaux.

Le drainage médical des voies biliaires par le tube d'Einhorn placé à demeure *ne ramène pas de bile*.

Interventions le 19 mars 1932 : vésicule biliaire épaissie, rétractée et bourrée de calculs. Cholédoque dilaté. Cathétérisme de l'ampoule de Vater impossible. *La tête du pancréas est indurée* et présente des signes de pancréatite nécrotique et hémorragique intenses. Décollement duodéno-pancréatique qui rétablit la perméabilité du cholédoque. Drainage de Kehr.

Mort le troisième jour. A l'autopsie : pancréatite aiguë avec stéatonecrose étendue à toutes les parties de l'organe et confirmée histologiquement.

OBSERVATION VII (Personnelle).

(Docteur LEFÈVRE.)

Le malade, qui est carrossier de son métier et âgé de 21 ans, entre à la Maison de santé Bel-Air, le 8 novembre 1932 pour ictère.

Dans les premiers jours du mois d'octobre 1932, il est devenu jaune subitement. C'est son entourage qui a remarqué ce brusque changement de couleur de ses téguments, lui-même ne ressentant aucun trouble du côté de son état général, ni aucun symptôme douloureux quel qu'il soit. Il ne connaît à l'apparition de son ictère aucune raison; peut-être s'est-il tout au plus refroidi un peu la veille

La teinte des téguments et des muqueuses était très marquée : jaune citron; le malade s'en rendait d'autant mieux compte qu'il est d'habitude d'un teint très mat. Ses urines étaient noires « comme du café »; ses matières décolorées. Il ne présentait ni prurit, ni fièvre, ni hémorragies muqueuses ou cutanées.

Il cessa de lui-même son travail; mais au bout de huit jours, l'ictère devenant de plus en plus prononcé, il fit appeler un médecin qui le mit au régime : bouillon de légumes et lait. Ne voyant

aucune amélioration au bout de huit autres jours, un nouveau médecin fut consulté, et trois semaines après, l'état du malade étant toujours le même, on décida l'entrée à la Maison de santé pour le 8 novembre 1932.

Un examen radiographique pratiqué quelques jours avant avait montré « une vésicule biliaire paraissant exclue, probablement due à une réplétion vésiculaire par corps étranger (*sans pouvoir affirmer néanmoins une lithiasé*) et des modifications morphologiques et topographiques de l'angle colique droit en faveur d'une périviscérite du carrefour ».

A son entrée à la Maison de santé, c'est-à-dire un mois après le début de la maladie, son ictère est très foncé, tirant même sur le vert.

Il ne souffre de nulle part.

Sa température est de 37°4. Son pouls à 56-60.

Ses urines sont acajou et fétides.

Ses matières décolorées.

La palpation ne révèle aucun point douloureux, mais un foie augmenté de volume.

Appareil pulmonaire : rien à signaler.

Système nerveux : rien à signaler.

Appareil circulatoire : rien à signaler.

Tension artérielle : Mx = 13; Mn = 8; I = 3 1/2.

Un examen des urines est négatif.

Examen du sang :

Urée sanguine : 0 g. 40;

Cholestérinémie : 1 g. 60;

Temps de coagulation : 6 minutes;

Temps de saignement : 3 minutes.

Examen de la bile, le 12 novembre 1932 :

Liquide purée de pois, trouble, réaction acide.

Examen cytologique : quelques cellules épithéliales, quelques leucocytes.

Très nombreux cristaux fasciculés.

Examen bactériologique : très nombreuses bactéries polymorphes. Bacilles ne prenant pas le Gram dominant.

Interrogé au point de vue de ses antécédents, le malade se souvient d'avoir eu la coqueluche dans son jeune âge. Il a eu de fréquentes bronchites, car il s'enrhume facilement l'hiver.

En août 1931, il eut un impétigo de la face qui dura un an, pour cesser un mois avant l'apparition de l'ictère actuel, et lui valut d'être ajourné lorsqu'il se présenta devant le conseil de révision, en avril 1932.

Il n'a jamais eu d'ictère avant celui qui l'a amené à la Maison de santé.

Il a trois frères bien portants. Son père et sa mère jouissent eux aussi d'une excellente santé.

Dès le premier jour de son entrée à Bel-Air, c'est-à-dire le 8 novembre 1932, on pratique *un tubage duodénal* et on lui injecte, suivant la technique, à plusieurs reprises 10 cm³ chaque fois de sulfate de magnésie (une cuillerée à soupe pour une tasse d'eau). à 16 heures, 16 h. 1/4, 17 heures, 17 h. 1/2, 18 heures, 19 heures. *On ne retire presque pas de bile ce jour-là.*

Le lendemain 9 novembre, nouvelles injections à 8 heures, 14 heures, 16 heures. *On retire de la bile en quantité suffisante* et déjà les matières se recolorent.

On continue les injections les jours qui suivent :

Le 10 novembre, à 17 heures, 18 heures, 24 heures;

Le 11 novembre, à 14 heures, 22 heures;

Le 12 novembre, à 14 heures, 22 heures;

Les 13 et 14 novembre, à 24 heures.

Le 15 novembre, on enlève le tube à 9 heures, car il gêne un peu le malade.

Le 16, on le lui remet; injection à 24 heures.

Le 17, enfin, on le lui enlève définitivement, car on retire de la bile tous les jours très facilement; les matières sont colorées, le teint du malade n'est plus que subictérique, ses urines sont redevenues normales.

Le 21 novembre 1932, intervention par M. le Docteur Lefèvre. Ether. Incision de Kehr.

On trouve une vésicule pas très distendue, rosée, à parois épaissies, ne contenant pas de calculs. Un cholédoque pas très augmenté

de volume. Ganglions au niveau du pédicule du foie. *Adhérence épaisse et serrée entre la deuxième portion du duodénum et le foie. Cette adhérence lib  r  e*, on pratique le décollement duodéno-pancréatique. La palpation révèle une *induration dure, irrégulière, bosselée, siégeant au niveau du pancréas tout le long du cholédoque*. Duod  nostomie exploratrice transversale; on découvre l'ampoule de Vater, qui ne présente rien d'anormal. Le cathétérisme de l'ampoule de Vater ne ramène pas de sang et permet de cathétériser le cholédoque. On se rend bien compte par le palper que l'induration p  richol  docienne est nettement pancréatique.

Suture du duodénum. Cholécystectomie. H  paticus-drainage par tube de Kehr. Ablation du tube le quinzième jour : guérison.

Revu en octobre 1933, va très bien.

OBSERVATION VIII.

(Docteur LEFÈVRE.)

M. L... (Alfred), 72 ans (14 décembre 1934).

Le malade est porteur d'un ictère qui est apparu au début du mois d'août dernier, il y a quatre mois et demi, sans crises douloureuses. C'est un ictère par rétention avec urines acajou et décoloration des matières. Depuis, la jaunisse a persisté, augmentant par oscillations. En octobre, prurit intense et amaigrissement considérable.

En décembre 1934, l'ictère est vert foncé, le malade est cachectique. Signes d'ictère par rétention. Pigments dans les urines, etc... Lésions de grattage et ecchymoses. Le poulx est petit; pas de fièvre.

Foie petit. La vésicule n'est pas palpable. La r  gion est douloureuse.

Urée sanguine : 0 g. 15.

Temps de saignement : 3 minutes.

Temps de coagulation : 15 minutes.

Pas de leucocytose sanguine.

Drainage médical des voies biliaires qui *ramène de la bile : 1 lit. 850 en sept jours*. Dans ce liquide, absence de sang, quelques leucocytes polynucléés. L'écoulement se tarit et les selles, qui s'étaient recolorées, se décolorent de nouveau.

Devant l'insuccès, on intervient. On trouve des adhérences très serrées entre la vésicule, le foie, l'angle droit du colon et le duodénum. La vésicule est du volume d'une cerise, moulée sur un calcul. Elle contient du pus. Cholécystectomie. *Le cholédoque est gros comme le pouce : il contient de la boue et deux calculs*. Cathétérisme facile vers le duodénum. Vers le canal hépatique, on trouve un rétrécissement inflammatoire que l'on doit dilater à la sonde cannelée et à la pince de Kocher pour pouvoir y introduire le drain Kehr.

Les suites opératoires immédiates sont relativement bonnes. Pas de fièvre; pouls à 80. Par le drain, la bile s'écoule abondante. Mais le septième jour survient une parotidite double. Le lendemain, le malade entre dans le coma et meurt.

OBSERVATION IX (Personnelle).

(Docteur LEFÈVRE.)

Mme J... (Marie), 51 ans (20 juillet 1932).

La malade entre à l'hôpital pour un ictère survenu il y a un mois, à la suite de crises de coliques hépatiques. Elle dit ne souffrir que depuis trois mois environ.

Il s'agit d'un ictère par rétention avec prurit violent. En outre, depuis trois jours, cette femme ressent de violents frissons, à la suite desquels la température s'élève jusqu'à 40 degrés.

A l'examen, ictère jaune foncé; le foie, qui déborde légèrement les fausses côtes, est douloureux. Pouls à 102. Bruits du cœur assourdis. Mauvais état général.

Numération globulaire :

hématies : 4.800.000;

leucocytes : 10.400, avec 62 p. 100 de polynucléés.

Temps de saignement : 5 minutes.

Temps de coagulation : 7 minutes.

Le drainage médical des voies biliaires par le tube duodéal placé à demeure ramène une bile abondante. Dans la bile B, on note la présence de calculins; pas de leucocytes.

Par la suite, les matières se recolorent et les urines pâlisent. La fièvre tombe.

Intervention le 29 juillet : on trouve une petite vésicule rétractée, pleine de calculs et sans adhérences. Le cholédoque est dilaté. La cholédocotomie donne issue à de la boue et à de petits calculs. Cathétérisme; cholécystectomie. Drainage de Kehr.

Suites sans incidents. La malade part guérie de l'hôpital.

OBSERVATION X.

(Docteur LEFÈVRE.)

Mme L... (Madeleine), 51 ans (1^{er} mars 1930).

Malade adressée par son médecin pour ictère par rétention typique (mars 1930), sans troubles douloureux dans ses antécédents.

On pratique un tubage duodéal. Les injections de sulfate de magnésie déclenchent un *flux biliaire considérable*. Peu à peu, les urines s'éclaircissent, les matières se recolorent et la jaunisse s'atténue chaque jour pour disparaître complètement.

Intervention le 19 mars 1930 : *lithiase vésiculaire*. Cholécystectomie et drainage du cholédoque (Kehr). Suites normales.

Deux mois après sa sortie du service (juillet 1930), elle ressent en plein travail une violente crise douloureuse au niveau de l'épigastre : sensation de barre transversale qui l'opprime, la courbe en deux et l'empêche d'effectuer tout mouvement. L'irradiation de la douleur s'effectue vers le dos et le bas ventre. La chaleur, le repos calment la crise.

Mais de pareilles douleurs reparaissent de temps en temps, sans horaire spécial, après un excès alimentaire ou un travail exagéré.

La patiente déclare avoir subi les plus violentes crises le 11 octobre et le 1^{er} novembre 1930. Depuis un mois ou deux, cette femme maigrit et perd ses forces. Le repos et le régime la soulagent.

En mars 1932, un an et demi après, la malade souffre et présente à nouveau un ictère. Elle rentre dans le service. Après quinze jours d'observation, cette femme présente de violents accès thermiques : 39°5, type palustre.

On pratique un tubage duodénal : injection de sulfate de magnésie. La température se calme. *On retire une bile très abondante*; on décide d'opérer.

Au cours de l'intervention, on trouve, en arrière du pancréas, un cholédoque de la grosseur du pouce, à parois épaisses, présentant une induration correspondant à un *calcul autochtone du cholédoque*. Cholédocotomie, drain de Kehr. Guérison.

OBSERVATION XI.

(Docteur LEFÈVRE.)

M. N..., 58 ans (3 avril 1930).

Le malade, qui a présenté depuis l'âge de 35 ans des crises de coliques hépatiques, a commencé l'ictère qu'il présente actuellement à la suite d'une crise douloureuse survenue il y a cinq mois.

C'est un ictère par rétention, dont l'intensité s'accroît progressivement. Il présente du prurit, de l'amaigrissement, des frissons et de la fièvre, Homme très amaigri; ictère vert foncé. Pouls à 110. Température, 38°5. Langue sèche.

Le foie est petit. La région vésiculaire et toute la région sous-hépatique sont douloureuses.

Le tubage duodénal à demeure permet de retirer, *le premier jour*, 700 cm³ de bile et de pus; la température tombe.

La deuxième journée, on retire 800 cm³ de bile.

Le troisième jour, le malade arrache le tube et veut être opéré tout de suite.

A l'intervention, on trouve une *vésicule volumineuse, épaissie, bourrée de calculs et de boue purulente*, Abscès pariétaux.

Ligature du cystique et de l'artère cystique. Drainage de l'hépatique plein de pus, de bile purulente et de calculs. Drainage de Kehr.

Suites simples.

OBSERVATION XII.

(Docteur LEFÈVRE.)

Mme R... (18 mars 1929).

La malade, qui a déjà eu plusieurs crises de coliques hépatiques, présente de l'ictère depuis quinze jours. C'est un ictère par rétention classique.

Notre malade est une femme obèse. Le foie est gros. La région sous-hépatique est douloureuse.

Dès son entrée, on pratique un tubage duodénal avec injections de sulfate de magnésie, selon la technique habituelle. *La bile s'écoule le soir même par le tube abondamment.* Deux jours après, les matières se recolorent et la douleur disparaît.

Intervention le 25 mars 1929 : on trouve une *vésicule biliaire bourrée de calculs*. Cholécystectomie. Le cholédoque est du volume d'un gros doigt et contient des calculs. Cathétérisme du cholédoque. Dilatation de l'ampoule de Vater. Drainage de Kehr.

Suites normales.

OBSERVATION XIII.

(Docteur LEFÈVRE.)

Mme B..., 57 ans (13 janvier 1931).

La malade présente des crises de coliques hépatiques depuis l'âge de 26 ans. Depuis un an, elle souffre continuellement de son côté droit, et cette douleur s'irradie en arrière, vers l'épaule.

Il y a trois mois, à la suite d'un paroxysme douloureux, s'installe un ictère par rétention typique, qui peu à peu devient vert foncé.

Amaigrissement considérable. Pas de fièvre. Foie volumineux. Région vésiculaire très douloureuse.

On pratique un drainage médical des voies biliaires qui ramène en quatre jours 3.800 cm³ de bile. Les douleurs disparaissent. Les selles se recolorent.

Intervention le 13 février : on trouve une grosse vésicule à parois épaissies, adhérente au colon et à la première portion du duodénum. *Elle est bourrée de calculs.*

Cholécystectomie. Le cholédoque est énorme, du volume d'une anse grêle.

La curette ramène trois calculs.

Dilatation de l'ampoule de Vater.

Drainage de Kehr.

Suites normales.

OBSERVATION XIV.

(Service du Docteur BONNIN.)

M. C... (Alphonse), 72 ans (26 mai 1933).

Le malade se présente à la consultation de l'Hôpital Saint-André pour des douleurs assez vives, mais intermittentes, de la région épigastrique.

Depuis un an, il a maigri considérablement et présente un dégoût électif pour la viande. Depuis trois mois, les douleurs sont devenues particulièrement vives; elles surviennent deux fois par semaine et s'accompagnent chaque fois d'une ascension thermique dépassant 39 degrés. Cette forte température ne dure qu'un jour.

Dans ses antécédents, rien de bien particulier à signaler.

A l'examen du malade, on constate une teinte ictérique de la peau. Les conjonctives sont jaunes. Il n'a pas de prurit.

Douleur à la pression dans la zone pancréatico-duodénale. Le foie est gros : 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire; il est de consistance rénitente; sa surface est régulière et la palpation n'est pas douloureuse.

La rate n'est pas perceptible. L'abdomen est souple, non douloureux.

Au point de vue cardiaque, rien à signaler.

Au point de vue pulmonaire, murmure vésiculaire très diminué aux deux bases.

Les sêlles sont dëcolorëes; les urines acajou.

Une hëmoculture pratiquëe le 1^{er} juin 1933 se montre négative.

La réaction de Bordet-Wassermann est faiblement positive. Meï-nicke et Khan : négatives.

Une analyse d'urines met en ëvidence un trës fort excës d'uro-biline.

En rësümë : gros foie, ictère, fièvre intermittente. Signes d'insuf-fisance hépatique. Maillard : 0,14.

Le 7 juillet, on pratique un drainage duodënal.

Le 8, poussëe thermique à 39°2.

Le 11, nouvelle poussëe à 38°8.

Le 12, nouveau tubage, la température tombe immédiatement à 36°6.

Le 13 au soir, elle est à 38 dëgrës.

Le 14, elle est à 36°6.

Le 15, nouveau tubage et la température reste normale jusqu'au 21. Ce jour-là, petite poussëe à 38 dëgrës.

Le 23, drainage. *Le malade ne présente plus à partir de ce moment-là de nouvelles poussëes.* Et le 9 juin il quitte le service guëri.

Les accës de fièvre bilioseptique ont rëtrocëdë sous l'influence du tubage.

OBSERVATION XV (Personnelle).

(Docteur LEFÈVRE.)

M. K..., 55 ans.

Le malade entre à la clinique de Bagatelle, le 29 novembre 1932, pour ictère. Il y a huit jours, il ressentit des douleurs ayant nécessité une injection de morphine. Trois jours après l'apparition de ces douleurs, il devint jaune et remarqua que ses urines ëtaient trës foncëes, couleur de café. Ses matiëres ne se dëcolorèrent que cinq ou six jours après le commencement de l'ictère.

Il y a trois mois, le malade avait eu une crise douloureuse à peu près semblable : douleur trës forte dans la rëgion vësiculaire avec irradiation dans la cuisse gauche. Sans irradiation vers les

épaules, douleur accompagnée de frissons et de température à $37^{\circ} 8$. Cette crise ne s'était pas accompagnée d'ictère.

Dans les antécédents du malade, on note une péritonite dès l'enfance, en 1884, soignée par le Professeur Demons. Rougeole, varicelle, scarlatine. Typhoïde en 1893. Appendicite en 1897, opérée par Roux, à Lausanne. Après tous ces à-coups, le malade reste en bonne santé jusqu'en 1921. A cette date, s'installent des troubles digestifs consistant en douleurs survenant trois heures après les repas, réveillant le malade vers minuit; de plus, aigreurs fréquentes et hoquet provoqué par l'ingestion des aliments. Un traitement médical fut opposé à ces troubles qui s'amendèrent jusqu'à la crise d'il y a trois mois. Dans ses antécédents familiaux, on note : un frère ayant eu deux jaunisses; enfants ayant eu eux aussi des jaunisses.

A l'examen, le malade est très jaune. Les matières sont décolorées complètement, ses urines foncées. Il a du dégoût pour le lait, pas de dégoût pour les viandes, les graisses, ni le chocolat. Assez fatigué, le malade trouve du soulagement dans le décubitus latéral droit. Pas de prurit.

On pratique divers examens :

Temps de saignement : épreuve de Dukes : 3 minutes
(N = 2 à 4).

Temps de coagulation : épreuve de l'éprouvette de Hayem :
12 minutes.

Azotémie : 0,375.

Urines :

albuminurie : traces;

sucres : 0;

acétone : forte présence;

pigments biliaires : présence;

acides biliaires : présence.

Le 30 novembre, c'est-à-dire le lendemain de son entrée à la clinique, on pratique un tubage duodénal. Les injections de sulfate de magnésie donnent issue à un peu de bile, mais pas en très grande quantité (30 cm³). Malgré tout, le malade se sent déjà bien mieux.

Dans la nuit du 30 au 1^{er} décembre, le malade repose.

Le 1^{er} décembre, *la bile vient à flot*; elle s'est bien éclaircie. On en retire.

Les jours suivants, la quantité de bile retirée est à peu près la même. L'état du malade va en s'améliorant. Le 7 décembre, les urines se sont bien éclaircies, les matières ont repris leur couleur normale, le malade ne souffre plus, et l'on décide l'intervention pour le 8 décembre : cholécystectomie : *vésicule bourrée de calculs; calculs dans le cholédoque.*

Suites normales. Le malade, guéri, quitte la clinique le 31 décembre 1932.

CONCLUSIONS

Le drainage médical des voies biliaires par tubage duodénal à demeure avec instillations de sulfate de magnésie (méthode de Meltzer-Lyon) présente, lorsqu'on l'applique à des malades atteints d'ictères prolongés, dits ictères par rétention, un double intérêt : diagnostique et thérapeutique.

I. — Il permet de porter d'une façon simple un *diagnostic* étiologique cliniquement difficile à établir. En effet :

a) Si, après avoir installé un drainage permanent des voies biliaires, nous ne retirons qu'une quantité négligeable ou pas du tout de bile, nous pouvons conclure, et *toutes nos observations confirment notre thèse*, qu'il s'agit d'un obstacle irréductible, organique, le plus souvent néoplasique, siégeant sur les voies biliaires :

- néo de la vésicule propagé au pédicule hépatique;
- néo du cholédoque;
- néo du duodénum;
- néo de l'ampoule de Vater;
- néo du pancréas.

b) Si, sous l'influence des injections répétées de sulfate de magnésie, nous retirons dans un certain délai de la bile en quantité importante, nous avons affaire à un ictère par

réten tion dû à une cause temporaire fonctionnelle, inflammatoire, et par conséquent curable :

lithias e biliaire;

inflammation :

cholédocite;

péricholédocite;

péritonites localisées;

adénites;

kystes hydatiques dans certains cas.

II. — Dans tous les cas où l'intervention s'impose, nous avons dans le drainage médical des voies biliaires un bon moyen de *thérapeutique* qui peut préparer notre malade à subir l'opération dans les conditions les plus favorables.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
JACQUES CARLES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 6 novembre 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD. — Traitement duodénal des cholécystites. *Zumtrallb. f. inn Med.*, 1926, t. XLVII, p. 336.
- ASHER. — Duodénal-biliary drainage non surgical. *Journ. med. soc. New-Jersey*, t. 25, p. 635-644, oct. 1928.
- BACIGAPULO (J.). — Importance du tubage duodénal dans le diagnostic et la thérapeutique des distomatoses hépatiques. *Bull. Soc. pathol. exotique*, 1932, p. 670-672.
- BANZET (P.). — Traitement de l'ictère par rétention chronique. *Paris médical*, 16 mai 1931.
- BENGOLÉA (A. J.). — Résultats du tubage duodénal dans l'ictère chirurgical. *Lyon chirurgical*, nov.-déc. 1929.
- BENGOLÉA et SUAREZ (V.). — Importance du sondage duodénal dans le diagnostic et la thérapeutique des syndromes d'obstruction du cholédoque. *Arch. mal. app. digestif*, févr. 1932, p. 162 à 180.
- Valeur thérapeutique du tubage duodénal dans la jaunisse. *M. Times New York*, juill. 1930.
- BÉRARD et BARRET. — Du drainage médical des voies biliaires par le tube d'Einhorn. Résultats favorables dans 2 cas de lithiase biliaire. *Loire médicale*, déc. 1926, n° 12.
- BÉRARD et MALLET-GUY. — Le tubage duodénal dans la rétention calculieuse. *Lyon chirurgical*, nov.-déc. 1929, t. 26, p. 827-830.
- Exploration fonctionnelle des voies biliaires en chirurgie. Un volume, Masson, édit., 1931.
- BÉRARD, MALLET-GUY et VACHEZ. — *Journal de médecine de Lyon*, 5 avril 1930.

- BINET (M.-E.) et NEPVEUX. — Action de l'eau de Vichy mesurée par le tubage duodénal, méthode de Meltzer-Lyon. *Maladies de la nutrition*, 1931, p. 411, 450.
- BRAY (A. S.). — Valeur diagnostique du drainage biliaire dans les maladies des voies biliaires. *Rhode Island, M. J.*, 31 mars 1931.
- BROQUEREAU. — Le tubage duodénal. Sa technique. Ses applications cliniques et thérapeutiques. Thèse Bordeaux, 1922.
- BRULÉ (M.). — Recherches récentes sur les ictères. Masson, édit., 1 vol., 1^{re} éd., 1919, 2^e éd., 1922.
- Ictère dans la lithiase de la voie principale. C. R. Congrès intern. de la lithiase biliaire, Vichy, 1932, p. 268.
- BRULÉ et GARBAU. — *Presse médicale*, n° 40, 16 juin 1920.
- BUTTIAUX (R.), PIETTE (G.) et CHAVY. — Pour obtenir de la bile aseptique par tubage duodénal. C. R. Soc. biol., 24 avril 1931.
- *Arch. mal. app. digestif*, mai 1931, p. 619 à 622.
- CARLES (Jacques). — Le tubage duodénal thérapeutique. *Bull. gén. therap.*, avril 1925.
- CARLES (J.) et DAMADE. — Technique. *Journ. méd. Bordeaux*, 10 mars 1929.
- CARDENAS (C.-F.) et FALLA ALVAREZ (L.). — Diagnostic. Technique. Thérapeutique. *Vida Nueva*, 15 janv. 1929.
- CAUSSADE (L.) et GUIBIL. — Quelques considérations sur la technique et les résultats du tubage duodénal. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1924.
- CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD. — Le tubage duodénal en pathologie hépatique et biliaire. *Journ. méd. franç.*, déc. 1924.
- CHABROL et MAXIMIN. — Effets cholagogues d'huiles variées. C. R. Soc. biol., 8 avril 1929.
- *Presse médicale*, 22 mai 1929.
- CARNOT et LIBERT. — Le liquide duodénal dans le cancer de l'ampoule de Vater. Soc. méd. hôp., Paris, 1921.
- De quelques applications pratiques du tubage duodénal au diagnostic et au traitement. *Journ. méd. et chir. pratiques*, 10 avril 1912.

- CHIRAY. — Traité médical des cholécystites chroniques. Rapport au XI^e Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Montréal, 1930.
- CHIRAY et AMY (P.). — Le tubage duodénal dans le foie cardiaque. *Paris médical*, p. 463-469, 16 mai 1931.
- CHIRAY, LE CLERC et MILOCHEWITCH. — Le drainage non chirurgical des voies biliaires. *Presse médicale*, n. 80, p. 793, 1924.
- CHIRAY et PAVEL. — L'insuffisance cholécystique. *Arch. mal. app. digestif et nutrition*, n^o 9, p. 921, t. XV, 1925.
- La vésicule biliaire. 1 vol., Masson et Cie, édit., 1927.
- Les indications du drainage médical dans le traitement de la lithiase biliaire. C. R. Congrès international de la lithiase biliaire, Vichy, 1932, p. 136.
- COTTE (G.). — L'intervention chirurgicale en deux temps chez les lithiasiques en rétention biliaire avec angiocholite. *Bull. et mém. Soc. chir. Paris*, séance du 2 juin 1929.
- CRODEL (W.) et KALER (H.). — Eau de Friedrichshall à la place du sulfate de magnésie. *Thérap. d. Genev.*, p. 53 à 57, févr. 1931.
- CUTTING (R. A.). — Soins pré et postopératoires dans les interventions sur la vésicule biliaire. *American Journ. Surg.*, nov. 1931.
- DAMADE (R.). — Le tubage duodénal. Ses applications au diagnostic et au traitement. *Journ. méd. Bordeaux*, 25 avril 1922, 10 mai 1922, 10 juin 1922.
- Méthodes d'examen chimique du liquide duodénal retiré par tubage. Société d'histologie, 10 mai 1922.
- *Gazette des hôpitaux*, 26 août 1922.
- Technique du tubage duodénal. *Journ. méd. franç.*, déc. 1924.
- Etude sur le tubage duodénal, épreuve de Meltzer-Lyon. L'alimentation duodénale. Un vol. 100 p., Paris, août 1926.
- DAMADE et GRAILLY (De). — Rôle du facteur mécanique dans la secr. du suc duodénal. *Soc. biol.*, 5 déc. 1922.

- DAMADE et GRAILLY (de). — Rôle de quelques excitants chimiques. Soc. biol., 12 juin 1923.
- DELAGENIÈRE (Y.). — Drainage de la bile dans les pancréatites aiguës et chroniques. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, p. 908 à 922, 25 déc. 1930.
- DEMAREST (E.). — Avantages et limitation du tubage duodéal. *Journ. méd. et chir. prat.*, p. 693 à 697, 10 oct. 1930.
- DESPLAS (R.). — Soins pré et postopératoires dans les interventions sur la vésicule biliaire. *Monde méd.*, Paris, 1^{er} juill. 1930.
- DENUTRAU (D.), TANGUY (A.) et VARANGOT (P.). — Diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater. 6 cas. *Bull. méd.*, Paris, p. 535 à 540, 1^{er} août 1931.
- DURAND et DIMITRESCO. — Le drainage médical des voies biliaires. *Bull. Soc. thérap.*, n° 12, mai 1926.
- EINHORN. — De l'action de diverses solutions salines et d'autres substances sur le foie après leur introduction dans le duodénum. *Paris médical*, 3 déc. 1921.
- ÉTIENNE (G.) et DROUET. — Le tubage duodéal dans les cholécystites chroniques non calculeuses. *Gaz. méd. France*, 15 nov. 1929.
- FAMILIARI (S.). — Mécanisme de l'effet du sulfate de magnésie dans l'épreuve de Meltzer-Lyon, *Morgagni*, 3 févr. 1929.
- FITTS (W.). — Valeur diagnostique du tubage duodéal.
- GANTT (W. H.). — Influence du sulfate de magnésie. *Am. J. M. Sc.*, mars 1930.
- GAULTIER (R.). — Heureux résultats du tubage duodéal dans les ictères prolongés. Observations. *Presse médicale*, 1925, p. 306.
- GIRARDI (P.). — Le tubage duodéal en diagnostic et en thérapeutique. *Minerva*, 6, 13, 20 oct. 1930.
- GOLOB. — Medical biliary drainage; summation of several years experiences. *Am. med.*, oct. 1929.
- GOMEZ. — Indications pour le sondage dans la thérapeutique de la jaunisse. *Bol y trab de la soc. de cir. de Buenos Ayres*, 26 juin 1929.

- GOSSET et LOEWY. — Valeur diagnostique de l'exploration des voies biliaires au moyen du tubage duodénal. *Soc. chir.*, séance 15 févr. 1922, p. 229.
- GRAILLY (de) et MANDILLON. — Le tubage duodénal, méthode d'évacuation. *C. R. Soc. biol.*, 14 févr. 1930.
- GREESSE (G. A.), A. M. SNELL et W. WALTERS. — Tests fonctionnels dans le drainage chirurgical et le traitement des maladies des canaux biliaires. *J. lab. and Clin. Med.*, p. 765 à 774, mai 1931.
- HALSTER. — L'épreuve de Meltzer-Lyon dans les maladies du foie et des voies biliaires. *Cley med.*, p. 516 à 526, nov. 1927.
- HANNAUT et P. DROUET. — Traitement de la cholécystite aiguë avec jaunisse prolongée par le drainage médical. *Arch. mal. app. digestif*, févr.-mai 1930.
- HARTMANN. — Travaux de chirurgie biliaire. Masson et C^{ie}, Paris, 1923.
- HATIEGAUX. — Résultats du cathétérisme duodénal dans les maladies du foie. *Soc. méd. hôp. Bucarest*, 21 juin 1919.
- HAUTEFORT. — Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire. Thèse Paris, 1909.
- JONES (C.-M.). — Usage rationnel du tubage duodénal. Sa valeur dans le diagnostic des affections des voies biliaires. *Presse médicale*, 10 janv. 1925.
- JOSSERAND (A.), MALLET-GUY et VACHEZ. — Valeur pratique du Meltzer-Lyon test. *Lyon médical*, 6 avril 1930.
- LABBÉ (M.). — Diagnostic des cholécystites par tubage duodénal et cholécystographie. *Arch. mal. app. digestif*, déc. 1930.
- LABBÉ (M.) et NEPVEUX. — Diagnostic par le tubage duodénal. *Arch. mal. app. digestif*, févr. 1930.
- LABBÉ (M.), DE MOOR (P.) et NEPVEUX (F.). — Le tubage duodénal et son application à l'étude des maladies des voies biliaires. *Arch. mal. app. digestif*, 1924.
- L'épreuve de Meltzer-Lyon. *Journ. méd. franç.*, Paris, 1924.
- LEFÈVRE et TRAISSAC (F.-J.). — La valeur du drainage médical des voies biliaires comme moyen de diagnostic et de prépara-

- tion à l'intervention dans les ictères chirurgicaux. Soc. méd. et chir. Bordeaux, févr. 1933.
- LEOPOLD (G.). — Valeur clinique du tubage duodénal. *Fortschr. d. therap.*, 10 oct. 1927.
- LIBERT. — Thèse Paris, 1924.
- LYON (B.-B.-Vincent). — Résumé de la valeur thérapeutique et diagnostique du tubage duodénal. *Proc. Roy. Soc. Med.* (Sect. med.), t. 21, p. 1 à 9, déc. 1927.
- *Presse médicale*, 22 déc. 1928, p. 1630.
- Bactériologie de la bile obtenue par le drainage médical des voies biliaires. *J. lab. and clin. méd.*, p. 583 à 592, mars 1932.
- MALLET-GUY (P.) et PING. — Calculs des voies biliaires : diagnostic par la méthode d'Euchoru. *Lyon médical*, 17 juill. 1927.
- MARWEDEL. — Méthode d'Allard dans l'obstruction du cholédoque et les cholécystites. *Munch. med. Woch.*, p. 1719, n° 41, 1925.
- MILHAUD. — Classification des cholagogues. *Journ. méd. Lyon*, 5 avril et 20 août 1930.
- MILOCHEVITCH. — L'épreuve Meltzer-Lyon. Thèse Paris, 1924.
- NANU-MUCEL et PAVEL. — Le spasme du sphincter d'Oddi cause de certains ictères prolongés. *Presse médicale*, n° 75, 1930.
- PARTURIER (G.) et TALHEIMER (M.). — Ictères par rétention. Diagnostic et traitement. *Presse médicale*, 8 mai 1929.
- PIÑERO (F.). — Valeur thérapeutique et technique du drainage duodénal en médecine générale. *Rev. españ. de med. y cir.*, oct. 1928, p. 606 à 608.
- POLACCO. — Importance diagnostique du tubage duodénal dans les cholécystites. *Rev. cir.*, p. 141 et 151, janv. 1931.
- PONTIVAL (R.). — Drainage médical des voies biliaires. *Rev. bres. med. et pharm.*, août-oct. 1929.
- RABE. — Die duodénalspülung. *Deuts. med. Woch.*, p. 491, n° 12, 1926.
- RAMON (L.). — Diagnostic du cancer de la tête du pancréas. *Presse médicale*, 27 avril 1929.
- RAMON et BORCESCO. — L'épreuve de Meltzer-Lyon. *Progrès médical*, Paris, 1925.

- ROSBERY. — Le tubage duodénal dans le diagnostic des ictères chroniques. Soc. hôp. Paris, 15 juin 1921.
- ROTHMANN-MANNHEIM. — Recherches sur les cellules contenues dans la bile extraite par la sonde duodénale et sur leur valeur pour le diagnostic. *Arch. mal. app. digestif*.
- ROSENSTEIN (P.). — Usage du tubage duodénal au point de vue diagnostic et thérapeutique en chirurgie. *Arch. f. Verdaunungskr.*, p. 440-441, avril 1928.
- SALMON (A.-R.). — Indications thérapeutiques du tubage duodénal. Alimentation duodénale et drainage des voies biliaires. *Rev. méd. franç.*, mars 1932, p. 267-268.
- TARSITANO. — Tube duodénal d'Euchoru. *Riforma med.*, 12 mars 1928, p. 290-292.
- VALERA (B), FUENTES, RUBINO et E. APOLO. — Valeur diagnostique et applications thérapeutiques de l'épreuve de Meltzer-Lyon. *Rev. cir.*, janv. 1931, p. 152 à 160.
- WALTERS. — Aspects chirurgicaux de la jaunisse obstructive. *Aum. Surg.*, juin 1931, p. 1137 à 1144.
- WETTEP. — Importance diagnostique et thérapeutique du tubage duodénal. *Ztschr. f. arzt. Fortbild.*, 1^{er} oct. 1927, p. 626 à 633.
- ZUNINO (H. A.). — Action thérapeutique du drainage médical des voies biliaires. *Pressa med. Argentina*, 1931 : 10 sept., 20 sept., 30 sept., 10 oct., 20 oct., 30 oct.

